

03/02/2020

Eficacia de Tratamiento del Protocolo Unificado en el Trastorno de la Ansiedad Social: una revisión.

Autor: Iago Torres Parada
53795869-L

Tutora: Azucena García Palacios

Resumen:

La presente revisión, elaborada siguiendo la guía PRISMA, examina dentro de la literatura, con criterios de inclusión y exclusión, nueve estudios que, con distinta metodología, arrojan luz sobre la eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Brown y Barlow (PU), en el trastorno de ansiedad social. Los resultados indican que, aunque con ciertas limitaciones, el PU resulta eficaz para la categoría diagnóstica del trastorno de ansiedad social. De comprobarse que la eficacia del PU es comparable a la de los tratamientos específicos diseñados para cada trastorno emocional y basados en la evidencia, el PU, dado sus posibilidades de adaptarse a las necesidades del paciente, intervención paralela de trastornos emocionales, y menor coste de formación al terapeuta, podría concebirse como la opción más eficiente del repertorio de tratamientos en trastornos emocionales hasta el momento.

Palabras clave: trastorno de ansiedad social, PU, trastornos emocionales.

Abstract:

The present review, elaborated following the PRISMA guide, examine inside the literature, with inclusion and exclusion criteria, nine studies wich, with different methodology, shed light about the efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders of Brown and Barlow (PU), in the social anxiety disorder. The results indicate that, although with certain limitations, The PU is effective to the diagnostic category of social anxiety disorder. If it is checked the PU's efficacy is comparable to specific treatment designed to each emotional disorder and based in the evidence, the PU, given its' possibilities to adapt to patient needs, parallel intervention of emotional disorders, and lower cost of therapist's training, could envisage like the most efficient option of the treatments repertoire in emotional disorders at this time.

Key words: social anxiety disorder, PU, emotional disorders.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del estudio.

El presente trabajo es requisito para la superación de créditos necesarios para la obtención del título de Psicólogo General Sanitario, y con ello, la habilitación para el ejercicio sanitario del psicólogo. Así, se expone la razón prioritaria del inicio del estudio, sin embargo, esto no lo hace exento de interés científico, pues se estudiará rigurosamente la eficacia de una parcela de los posibles tratamientos de intervención psicológica emergentes en la actualidad: la eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (PU) (Brown y Barlow, 2009) en la ansiedad social.

Se ha estudiado con distintos diseños de estudio la eficacia de este tratamiento, y aunque los resultados dan pie a un optimismo respecto a la confianza que se puede depositar en tal tratamiento sobre distintos trastornos emocionales (tal y como se entienden en el DSM-IV-R y DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), es necesaria una mayor implicación y profundidad sobre las posibles áreas de intervención. El estudio aquí expuesto, se focalizará en la eficacia del PU en el trastorno de ansiedad social. El estudio será una revisión de la literatura, aproximándose lo máximo posible a una revisión sistemática, que consiste en la extracción de datos de otros estudios empíricos y obtener de ellos conclusiones más rigurosas y robustas que las de estos estudios de forma independiente. No se puede concebir este trabajo como revisión sistemática por no cumplir con todos los criterios requeridos para tal diseño (siendo la más relevante la ausencia de un segundo juez o evaluador a lo largo del estudio) (Urrútia y Bonfill, 2010).

De este modo, quedan expuestos el interés individual del investigador y el interés científico del estudio.

1.2. Marco Teórico.

Desde mediados del siglo XX, surgió en la psicología la necesidad imperiosa de sistematizar los estudios de psicología, procediendo a estudios empíricos más rigurosos, con lo que empezaron a surgir las primeras ideas y terapias basadas en la evidencia. Con el paso de las décadas, se toma el método empírico como requisito

estricto para fundamentar la eficacia de los estudios, volviéndose más rigurosos (Bennett-Levy et al., 2004).

Durante este progreso, si bien las terapias se constituyen como más robustas, los profesionales persisten en mejorar su eficacia, pues la psicología sigue siendo una ciencia joven y hay muchos aspectos que optimizar en su práctica. Por ello, dentro de la psicología sanitaria basada en la corriente cognitivo-conductual, los psicólogos han tomado distintas direcciones tratando de explorar qué variables aún no se han valorado dentro de la psicoterapia o cuales no se abordan de la forma más eficiente. Así, surgen también discrepancias dentro de los investigadores, incluso desde el seno de la conceptualización de las psicopatologías, y de estas discrepancias, surge la alternativa teórica y práctica del protocolo unificado (PU) (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Dicha alternativa afirma que la comorbilidad entre trastornos psicológicos se está valorando de forma superficial, y mantiene que el hecho de que diferentes psicopatologías tengan alta comorbilidad (como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) podrían ser expresiones distintas de un mismo problema nuclear, en lugar de dos trastornos que meramente tienen sintomatología común. Así, las bases de estos síntomas son el objetivo a investigar y en los que intervenir, siendo ineficaces las categorías diagnósticas, que actúan como obstáculo para la intervención individualizada de cada individuo en su idiosincrasia y su problemática y sintomatología concreta. El PU sostiene una intervención flexible dentro de lo conocido ya en la corriente cognitivo conductual, existiendo la posibilidad de modular la intervención según las necesidades y sintomatología del paciente. Existen ya estudios empíricos sobre distintos trastornos categorizados en el DSM 5, sobre todo trastornos emocionales, en los que se están recabando datos que sostienen una eficacia a valorar del tratamiento, como se ha dicho, flexible y adaptado para las necesidades de cada paciente. Es decir, el PU ofrecer un mismo tratamiento para distintos trastornos reconocidos en el DSM-5, variando únicamente en la prioridad y la implicación proporcional de módulos en función de las causas de malestar del paciente y que propician la expresión de síntomas (Barlow et al, 2019).

1.2.1. Trastorno de Ansiedad Social.

El trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos emocionales reconocidos en el DSM-5 (criterios clínicos en el *Anexo 1*). La principal característica de tal patología es

la alta ansiedad experimentada por la persona al sufrir un temor exacerbado al juicio negativo de otras personas sobre uno mismo (bien por conversaciones, por comportamientos o por actuaciones), o a no resultar agradable para las mismas, lo cual perjudica todo lo vinculado a las relaciones sociales (Helgadóttir, Menzies, Onslow, Packman y O'Brian, 2014).

Un rasgo relevante de este trastorno, es que se muestran dificultades para aplicar intervención psicológica en personas con esta problemática. Es más, se percibe una correlación negativa entre su gravedad y la recepción de tratamiento. Existe respecto a esto, dos posibles causas: una, el paciente atribuye sus dificultades a rasgos de su personalidad (es decir, atribuyendo sus síntomas a una timidez excesiva) y por tanto no tendría sentido considerar necesario la demanda de intervención; o dos, que los pacientes teman un juicio negativo por parte de los profesionales que le atiendan (si bien existe la contradicción de que estas personas sí demandan ayuda por trastornos comórbidos) (Ruscio et al, 2008).

Según el estudio ESEMeD realizado a nivel Europeo en 2006, y el primero en medir la epidemiología de trastornos mentales en España, se cita que la ansiedad social tiene una prevalencia en el último año del 0'6%, y una prevalencia a lo largo de la vida del 1'17%, lo que quiere decir que a día de hoy, con una población de más de 46 millones y medio de personas en el estado, más de 54 mil personas han sufrido fobia social en algún momento de su vida. Se debe tener en cuenta que existe un sesgo intrínseco a la patología y que se ha citado, que trata sobre la ausencia de aplicación de terapia, por lo que, no sería atrevido decir que estas cifras no se aproximan a una realidad presente, y que se trataría de un trastorno mental del que no se es consciente de su gran repercusión por parte de la población e incluso de las instituciones sanitarias. Se desglosa también que este trastorno es más frecuente en mujeres, y que su presencia es muy temprana en la población, entre los 5 y los 25 años, estando menos presente a partir de esta edad, y descendiendo su incidencia entre los 40 y 50 años (Haro et al., 2006).

Se plantea que debido al pronto inicio de la ansiedad social, esta resulta un factor de riesgo directo o indirecto para sufrir otros trastornos comórbidos (de ansiedad, del estado de ánimo, de abuso de sustancias y control de impulsos). También se plantea que la ansiedad social y trastornos comórbidos pueden ser consecuencias de trastornos también tempranos como el TDAH o el Trastorno Negativista Desafiante. Se baraja además la comorbilidad del trastorno de ansiedad social con otros por el

temperamento. Así, se aprecia una tendencia al bajo afecto positivo en la ansiedad social, al igual que en trastornos del estado de ánimo (Ruscio et al., 2008).

Cabe decir que independientemente del número de miedos sociales (hablar en público, iniciar una conversación, etc.), y de si hay trastorno comórbido, la ansiedad social por sí sola se muestra como discapacitante, por lo que no se debe pasar por encima el impacto de esta problemática en la vida de la gente (Ruscio et al, 2008).

El Modelo Integrado de Etiología y Mantenimiento (AIM, siglas en inglés) (Wong y Rapee, 2016), basado en el principio de la amenaza social-evaluativa, sostiene que a nivel genético, se aprecian genes vinculados a la timidez e inhibición conductual. A nivel neurobiológico, se aprecia en personas con ansiedad social una activación desproporcionada de la amígdala en situaciones de evaluación social o estímulos vinculadas a estas así como una activación disfuncional del córtex prefrontal, conexión disfuncional de la amígdala, conexión disfuncional entre las área frontal y límbica, y activación disfuncional en otras áreas cerebrales. Además, dentro de los estudios del temperamento, se vincula el estilo temperamental de inhibición del comportamiento a las personas que padecen ansiedad social. Destacar que hay correlación positiva entre los comportamientos de inhibición en la infancia y el diagnóstico futuro de ansiedad social. Como consecuencia de esto, pueden alimentarse dos factores contraproducentes respecto a la aparición de la ansiedad social: que los padres fomenten comportamientos de inhibición, y que a la hora de relacionarse con iguales, el comportamiento inhibido puede llevarles a experiencias desagradables con pares, que alimentan comportamientos de inhibición (decir que estas dos posibilidades pueden aparecer independientemente del temperamento del niño e igualmente puede incrementar el riesgo de padecer ansiedad social). En línea con la importancia del comportamiento de los padres, se observa la posibilidad de que estos induzcan directa o indirectamente el temor a la evaluación negativa de otros en los niños, reproduciéndose el trastorno dentro de la familia, siendo más susceptible el hijo cuando más joven empiece a percibir estos comportamientos en sus referentes. Respecto a las experiencias con iguales, se evidencia un mayor riesgo a sufrir ansiedad social si tales momentos fueron negativos, especialmente en las edades más tempranas (no en vano este trastorno tiende a aparecer en la infancia-adolescencia). Igualmente, hay una correlación positiva entre la vivencia de momentos negativos o eventos sociales traumáticos. Decir también que la cultura en la que se desarrolle la persona puede también enaltecer las posibilidades del trastorno, pues si las culturas siguen rigurosamente determinadas normas sociales de comportamiento y hay un

mayor coste a quien no las sigue, con su consecuente juicio negativo, será más fácil padecer el trastorno.

Siguiendo con el modelo AIM, barajan que existe el desarrollo de un proceso cognitivo y comportamental primario para detectar y eliminar la amenaza de evaluación social negativa, que integra procesos como la atención selectiva, la activación exacerbada de la amígdala y las conductas de escape. Esto conlleva a tres consecuencias: el mantenimiento de la amenaza de evaluación social negativa, el desarrollo de déficits de desempeño, y el desarrollo de procesos cognitivos y conductuales secundarios (más complejos que los primarios y que pueden ser "prácticos" para eliminar amenazas cuando los más básicos no sean suficiente). Finalmente, esto se convierte en un ciclo que se retroalimenta a sí mismo (Wong y Rapee, 2016).

1.2.2. Protocolo Unificado.

Gran parte de esta sección del trabajo está basada en el *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta* (Barlow, et al., 2019), apoyando tales datos con otras publicaciones.

La literatura científica indica que existe solapamiento de sintomatología en distintos trastornos, es decir, la comorbilidad entre los mismos. Se evidencia también, que la mejora en una sintomatología, tiende a beneficiar también a otras presentes, lo que muestra una correlación positiva entre ellas, interpretándose que hay un denominador común entre los síntomas y trastornos, unas bases etiológicas en las que actuar. Esta es una de las principales ventajas del PU, y una de las razones por las que se empezó a desarrollar, pues enfatiza su tratamiento en los aspectos nucleares de los problemas planteados en cada persona, y con ello, actuar sobre la base del trastorno presentes (Farchione, et al., 2012; Steele et al., 2018).

Se considera que los aspectos nucleares de los trastornos surgen de una triple vulnerabilidad intrínseca en todas las personas, estas son (Brown y Barlow, 2009):

1º. Vulnerabilidad biológica general.

Se entiende vulnerabilidad biológica general como los factores heredables que son más susceptibles o tienen un umbral más bajo de estimulación, por lo que, de base, ciertas personas serán estimuladas de forma diferente ante distintos factores internos y externos. Esto cobra gran relevancia cuando hablamos de la susceptibilidad a la ansiedad.

Entran en juego los dos rasgos de la personalidad más relacionados con la psicopatología: el neuroticismo y la extraversión.

Se vincula al neuroticismo el alto afecto negativo crónico, es decir, mayor facilidad para experimentar emociones negativas, lo cual tiene como consecuencia el malestar generalizado crónico, percepción de incontrolabilidad sobre el futuro, hipervigilancia y baja autoeficacia en afrontamiento de amenazas futuras, entre otras. Etiológicamente, está asociado a la mayoría de trastornos emocionales.

Por su parte, la extraversión, que es otra dimensión continua, en su extremo positivo, se vincula a la activación comportamental, mientras que en el extremo negativo, al bajo entusiasmo e interés, al bajo afecto negativo, es decir, al pesimismo y a la dificultad de experimentar emociones positivas (y guarda correlación positiva con la fobia social y depresión).

2º. Vulnerabilidad psicológica general.

Hace referencia a las consecuencias de experiencias y ambientes estresante en una edad temprana, así como a estilos de crianza que impiden el desarrollo de recursos de afrontamiento eficaces y de sentimientos de autoeficacia. Se trata de una vulnerabilidad respecto al ambiente por aprendizaje y que se manifiesta con sentimientos de incontrolabilidad e impredecibilidad sobre el mundo y el afrontamiento de este, activando el sistema nervioso simpático más de lo necesario.

3º. Vulnerabilidad psicológica específica.

Se trata de aprendizajes más concretos y explícitos que vinculan determinados sucesos o sensaciones internas a la ansiedad y afecto negativo. Estaría vinculada a las otras dos vulnerabilidades, y de esta última dependería que la manifestación de un trastorno de ansiedad fuera uno u otro, en función del suceso experimentado (Gimeno y Osma, 2014).

De darse las dos primeras, se consideraría una disposición mayor a experimentar ansiedad, siendo la tercera vulnerabilidad el área en la que esta ansiedad se manifiesta tras aprendizajes concretos (Brown y Barlow, 2009).

Dado que se trabaja con la raíz del problema, en lugar de emplear un tratamiento específico e individual para cada trastorno, el PU ofrece una alternativa con la que se puede trabajar distintas problemáticas de la salud mental, modificando el número de sesiones y actividades dentro del mismo en función de las necesidades y problemas nucleares de cada paciente (o lo que es lo mismo, regula el foco principal de la terapia

en base a las necesidades individuales, manteniendo la misma estructura para el tratamiento de distintas patologías). Hasta el momento, ha demostrado eficacia en Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno de Pánico, además de ofrecer unos datos preliminares optimistas en el tratamiento del Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Estrés Post-Traumático, además del tratamiento de adicción al alcoholismo. Así, se evidencia una gran adaptabilidad del PU a las necesidades individuales a tratar. Actualmente, siguen haciéndose estudios de replicación que aporten más datos sobre la eficacia del tratamiento, así como de su eficacia en otros trastornos no citados previamente, por ejemplo, el Trastorno Bipolar (Ellard, Deckersbach, Sylvia, Nierenberg y Barlow, 2012). Así mismo, el aprendizaje de un tratamiento tan moldeable al caso particular, facilita al terapeuta su formación, pues no requerirá aprender protocolos específicos para cada trastorno emocional (Barlow et al., 2019).

El debate sobre la clasificación de los trastornos vuelve a retomarse en el PU. Aún hay discrepancias entre la clasificación categorial (ej: DSM), la más empleada en la actualidad (entre otras cuestiones, para facilitar el ejercicio de instituciones sanitarias), aunque con sus defectos (los pacientes dan información distinta en cada entrevista, discrepancia interjueces a la hora de establecer diagnóstico, errores en la evaluación por limitaciones del DSM, diagnósticos dependientes de condiciones estrictas y lagunas de claridad en el DSM) (Brown y Barlow, 2009), y el uso de un sistema dimensional, que evitaría las continuas subdivisiones entre trastornos y sus subtipos, ofreciendo unas dimensiones más básicas y enfocándose más en su gravedad. Si se aplicara una categorización dimensional multifactorial se apreciaría una estructura jerárquica, con unas dimensiones generales que son de orden superior, y otras por debajo que aportan información adicional de interés. Los enfoques transdiagnósticos en general, entre ellos el PU, que mantienen una categorización dimensional, se encuentran con un obstáculo: hasta qué punto un conjunto dimensional como el que pretenden, apoya o refuta un grupo de trastornos, y qué sistema de diagnóstico aplicarían (Sandín et al, 2012).

A día de hoy, la evidencia señala que el PU es tan eficaz como otros protocolos establecidos para trastornos específicos, (Steele et al, 2018). Se valora el PU como un tratamiento eficaz para los trastornos emocionales, ofreciendo un tratamiento que parte de tratar los problemas de regulación emocional adaptativa (Bullis et al., 2015). Para ello, el PU pretende fomentar el aprendizaje de varias habilidades, que son (Farchione et al., 2012):

- Conciencia emocional, que implica la atención centrada en el presente sin juicios.
- Aumentar la flexibilidad cognitiva.
- Identificar y modificar las tendencias de acción problemáticas y/o conductas emocionales (esto es, comportamientos elicitados por emociones).
- Aumentar conciencia y tolerancia de sensaciones físicas mediante exposición interoceptiva.
- Ejercicios emocionales (que aúnan los anteriores).

La evaluación se realiza con instrumentos estandarizados en las dos primeras sesiones de terapia. Tales instrumentos son el ADIS-5 (Entrevista Estructurada para los trastornos de ansiedad y relacionados para el DSM-5); inventarios de autoregistro estandarizados (específicos para cada trastorno); el BDI (Inventario de Depresión de Beck) y el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) para medir síntomas depresivos y ansiosos, pudiendo aplicarse también con este fin el DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Se recomienda el uso de pruebas no diagnósticas incluidas en el Manual del Paciente (un libro que describe a la persona los aprendizajes incorporados en la terapia y que sirve como herramienta para favorecer el desarrollo de habilidades), así como explorar la interferencia funcional y la calidad de vida. Es recomendable también que se explore si el paciente recibe tratamiento farmacológico de algún tipo, y valorar si puede interferir en el proceso terapéutico. Si éste fuera un tratamiento psiquiátrico, sería favorable que mantuvieran dosis estables durante el tratamiento. Así mismo, no es recomendable iniciar ni modificar tratamientos farmacológicos una vez iniciado el tratamiento con el PU (Barlow et al., 2019).

Durante el tratamiento, cada una de estas habilidades se introduce en un módulo, en el cuál se hará más hincapié y se dedicará más tiempo en función de las necesidades del paciente. Así, si bien el PU se plantea como un tratamiento que se podría llevar a cabo en 9 sesiones semanales (de 50-60 minutos cada una), es posible la mayor dedicación a determinados módulos, por lo que se abre a una duración de 12-16 sesiones, y al terminar el módulo 7, se puede plantear seguir con sesiones en semanas alternas, pues el paciente tendrá más oportunidades de poner a prueba las habilidades que se han tratado de mejorar y de desarrollarlas, pudiendo informarnos sobre su satisfacción e inquietudes, y por tanto, dando oportunidad de mejorar y pulir las habilidades puestas en práctica. Dichos módulos, son los siguientes (Barlow et al., 2019):

➤ Módulo 1. Motivación (1-2 sesiones).

La meta de este módulo será explorar la motivación para el cambio en la persona, contemplar si dicha motivación es extrínseca o intrínseca, y si el balance decisional se inclina de forma favorable y contundente hacia la terapia. En este módulo se integra también la integración de objetivos del paciente a corto, medio y largo plazo, los cuales serán respetados por el terapeuta, y únicamente incidiendo si considera que no son realistas respecto a lo que ofrece la terapia o si son ajenos a lo que les puede beneficiar de la misma.

➤ Módulo 2. Entender las emociones. Psicoeducación y registro de las experiencias emocionales (1-2 sesiones).

Se explora los conocimientos del paciente sobre las emociones, su significado y su función, así como sobre la capacidad de regulación de las mismas. Además, se explica en qué se basa el PU, y de qué fases consta el tratamiento, así como qué se va a practicar a lo largo de la terapia y que tendrá tareas para casa para practicar en su vida cotidiana lo abordado en las sesiones.

➤ Módulo 3: Entrenamiento en conciencia emocional (1-2 sesiones).

Ayudar a la persona a identificar emociones y cómo reaccionan a las mismas, así como aquello que las compone (pensamiento, sensación física y conducta) practicando la conciencia plena centrada en el momento presente y sin juicios, evitando que se invalide a sí mismo o a cualquiera de los componentes de la emoción que experimenta. Se profundizará en los tres componentes de la emoción en los siguientes módulos.

➤ Módulo 4. Reevaluación cognitiva (1-2 sesiones).

Se pretende identificar patrones de pensamiento, ayudar al paciente a que lo haga por sí mismo, llevar a cabo su modificación si son desadaptativos mostrando la gran variedad de interpretaciones de un mismo hecho y el aprendizaje que se puede producir en función de cada una de ellas. También se tiene como objetivo aquí fomentar la flexibilidad cognitiva, así como favorecer los recursos de la persona para el desarrollo independiente de estas habilidades.

- Módulo 5. Evitación emocional y conductas impulsadas/dirigidas por las emociones (1-2 sesiones).

Se enfoca en cómo las conductas afectan a la emoción y viceversa, y en las tendencias de acción (es decir, comportamientos o sensaciones somáticas asociados a emociones, entre ellos, la evitación), que de sobregeneralizarse, podrían hacer a la persona plantearse, erróneamente, que las emociones no pueden controlarse, y que estas conductas pueden hacer de mantenedor del problema. Este módulo también pretende mostrar conductas alternativas a las empleadas hasta el momento para la gestión de emociones.

- Módulo 6. Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas (1 sesión).

El presente módulo abarca las sensaciones físicas y su interpretación, los efectos de la evitación, cómo aumentar la tolerancia a las mismas y la importancia de la exposición. Se realizan ejercicios y actividades que evoquen tales sensaciones para desarrollar la habituación de las mismas.

- Módulo 7. Exposición interoceptiva y situacional (4-6 sesiones).

Se aúnan los aprendizajes hechos hasta el momento. De ahora en adelante la terapia se enfoca en la exposición emocional, lo cual integra los recursos desarrollados en los módulos anteriores. Dichas exposiciones serán situacionales (es decir, en situaciones que generen reacciones emocionales intensas), en imaginación (afrontar pensamientos, preocupaciones y/o recuerdos) y a sensaciones físicas (afrontar aquellas que pueden contribuir a emociones intensas). Dichas exposiciones se harán en terapia, pero cobrarán gran importancia las realizadas en la vida cotidiana del paciente. Como se dijo, las sesiones pueden ser intercaladas semanalmente para una mayor experimentación de emociones entre sesiones.

- Módulo 8. Prevención de recaídas.

Se evalúa el progreso del paciente y se evidencia la el progreso a medida que avanzaba la terapia. Aquellos recursos que se pretendan mejorar pueden practicarse de forma independiente (se organiza un plan de práctica para las próximas semanas y prolongable si el paciente lo deseara), y de ser necesario, retomar la terapia e incidir en ellos en colaboración con el terapeuta. Se matiza que las fluctuaciones en emociones y síntomas es natural, y daremos indicaciones para no sobrevalorarlas y de ser necesario, reajustar expectativas. Se felicita al paciente y se le recuerda que siempre que lo necesite tendrá las puertas abiertas.

Es posible llevar a cabo el tratamiento en formato grupal, pero no varía en gran medida de lo ya descrito, y no cuenta con tanto respaldo empírico sobre su eficacia (Barlow et al., 2019).

1.3. Planteamiento del problema.

Dado que el PU es una contribución reciente a la práctica clínica, aunque interesante, debe mostrar con rigurosidad su eficacia para el propósito para el que fue planteado, el tratamiento de los trastornos emocionales. Ya se han expuesto los beneficios de este protocolo en comparación a las intervenciones específicas (una misma intervención para diferentes trastornos, lo cual agiliza la adquisición y dominio de técnicas en el terapeuta y su aplicación, y en caso de trastornos comórbidos, beneficios contemplados en varias problemáticas de forma paralela, en lugar de realizar intervenciones en serie para cada una). Sin embargo, aunque tales contribuciones resultan atractivas, el PU precisa de estudios que respalden su eficacia. Si bien se están ofreciendo datos de eficacia en la literatura científica, es conveniente seguir exponiendo evidencias, si las hubiera, de que esta intervención cumple su propósito como se debe.

Entre los trastornos emocionales, es decir, las problemáticas objetivo a solventar por el PU, se encuentra el trastorno de ansiedad social, que por su sintomatología y fenomenología, dificulta o impide la motivación del paciente a solicitar apoyo psicológico, lo cual se traduce en una menor muestra para la investigación de esta patología por parte de la psicología clínica y sanitaria, y por consiguiente, a una menor muestra con la que probar la eficacia de intervenciones psicológicas. Así, el PU, se ve limitado para demostrar su eficacia en el tratamiento de la ansiedad social.

Dadas las circunstancias, no son numerosos los estudios que expongan los resultados de la aplicación del PU en esta población, por lo que, con fin de hacer de los datos recogidos por estudios previos sobre esta cuestión, una evidencia a considerar, se plantea la elaboración de una revisión como medio para aclarar qué conclusión sacar de las publicaciones realizadas hasta la actualidad sobre el uso del PU en el trastorno de ansiedad social.

1.4. Pregunta/s de investigación.

- ¿Es el PU eficaz para el tratamiento del trastorno de ansiedad social?

- En comparación a otros tratamientos validados empíricamente, ¿cuánta diferencia existe entre la eficacia del PU y tales tratamientos?

1.5. Objetivos.

En base a lo expuesto en el marco teórico, y habiendo citado ya la problemática y las hipótesis, se presentan los siguientes objetivos:

1.5.1. Objetivos Generales.

- Conocer la eficacia del PU en pacientes con trastorno de ansiedad social.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Indagar en la literatura publicaciones que arrojen luz sobre la eficacia del PU en los trastornos emocionales, y más en concreto, en la ansiedad social.
- Realizar una revisión con los datos adquiridos de la literatura científica.
- Contemplar si el PU presenta datos de eficacia en ansiedad social.

2. MÉTODO

2.1. Protocolo y registro.

Se empleará la Guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y el Grupo PRISMA, 2009; Urrútia y Bonfill, 2010), elaborada en el 2009, pues el propósito de la misma es precisamente ayudar a la elaboración y fomentar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis cada vez más frecuentes en la comunidad científica. Esta guía es el resultado de la reconfiguración de una lista previa, la Guía QUORUM (*Quality of Reporting Of Meta-Analyses*), pues esta última no era eficaz para la elaboración creciente de lo que hoy entendemos como revisión sistemática. Además, tiene mayor aplicabilidad (permite agregar al estudio publicaciones con distintos diseños) y mayor concreción en los pasos a seguir durante la elaboración, así como su justificación, y un mayor cuidado en los posibles sesgos inherentes a las publicaciones que lo integran.

La guía PRISMA, que puede ser consultada y extraída en su propia web (<http://www.prisma-statement.org/>), viene acompañada de 27 ítems, los cuales ayudan

a la elaboración de la revisión sistemática paso a paso (*Anexo 2*), así como un diagrama de flujo con el que se detalla desde el inicio cómo se han buscado las publicaciones objeto de estudio y cuáles se han descartado y por qué (*Anexo 3*).

Como se ha mencionado previamente, esta revisión no cumple con todos los requisitos para que se le considere revisión sistemática (no hay presencia de un segundo juez o evaluador, y algunos de los ítems de la guía PRISMA no se han expuesto). No obstante, eso no quiere decir que no se haya tratado de aplicar con toda la rigurosidad posible la guía PRISMA, con el fin de conformar un trabajo que arroje luz sobre la eficacia del PU en el trastorno de ansiedad social de forma satisfactoria.

Hasta el momento, se ha llegado en esta revisión al ítem 5, pues hemos aportado el título (ítem 1), realizado el resumen estructurado (ítem 2), se expuso introducción, compuesta por la justificación del estudio (ítem 3) y los objetivos (ítem 4), y se ha explicado el protocolo y registro (ítem 5). Los ítems que siguen serán los que configuran el método (ítems 5-16), los resultados (ítems 17-23), discusión (ítems 24-26) y financiación (ítem 27).

2.2. Criterios de elegibilidad.

Los criterios a considerar para que integren la revisión, serán meramente sobre su objeto de estudio y si son actuales. Concretamente, estos criterios serán:

- Estudian la eficacia del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow.
- Estudian la eficacia de tratamientos en ansiedad social.
- No son anteriores al 11/11/2009.

Se ha optado por no acotar demasiado la literatura, pues actualmente, no son muy numerosos los estudios sobre PU, por lo que se hará uso de generosidad en la integración de artículos que cumplan estos tres criterios. Esto no significa que no habrá criterios de exclusión, que se exponen más.

2.3. Fuentes de información.

Abordaremos distintas bases de datos en las que se incluyan estudios de psicología clínica/sanitaria, a saber:

- Pubmed.
- PubPsych.
- PsycARTICLES.

2.4. Búsqueda.

Se introducirán palabras clave en dichas bases de datos, que serán "Unified Protocol", "Transdiagnostic" "Social Anxiety" y "2009/11/11 to present" (a fecha de 11/11/2019), junto al operador de búsqueda "AND" en la búsqueda avanzada de los portales citados.

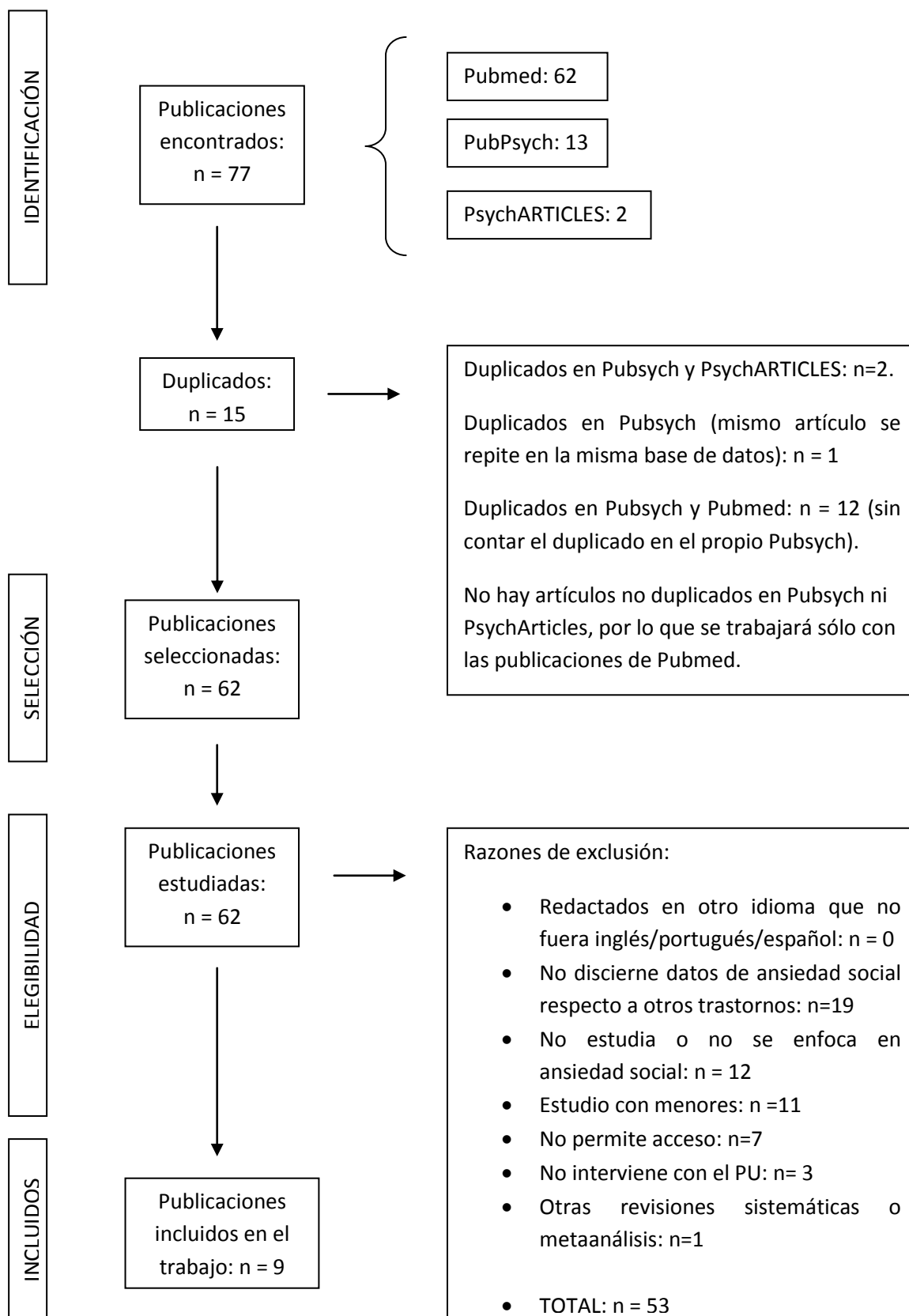
Se han hallado, con los criterios ya expuestos:

- Pubmed: 62 publicaciones.
- PubPsych: 13 publicaciones.
- PsychARTICLES: 2 publicaciones.

- TOTAL: 75 publicaciones

2.5. Selección de los estudios.

A continuación se presenta un diagrama de flujo en el que se muestran las razones de discriminación de artículos hallados y por los que no se integran en la revisión.



2.6. Proceso de extracción de datos.

Los artículos (integrados y descartados) se han estudiado individualmente, en busca de datos que fueran de interés para el objeto de estudio. Esto implica que la búsqueda de información a integrar en la revisión (tamaños del efecto, varianza, número de sujetos, tipo de estudio y limitaciones expresadas por los autores, salvo cuando estas últimas se refieran a limitaciones de estudios de los que únicamente se extrajeron casos concretos), así como criterios de exclusión ya citados, se comprobaron publicación por publicación.

2.7 Ítems de los datos.

Dado que esta revisión ha de centrarse sólo en datos que puedan arrojar luz sobre la eficacia del PU en ansiedad social, pretendemos evitar todo aquello que no muestre datos empíricos sobre la misma. Igualmente, añadiremos aquello que pudiera sesgar tal información.

- Tamaño del efecto.
- Varianza.
- Número de sujetos.
- Puntuaciones en pruebas psicométricas.
- Tipo de estudio.
- Cambios manifestados por paciente o evaluador.
- Limitaciones comunicadas por los autores.

2.8. Riesgo de sesgo de los estudios individuales.

Como se menciona en líneas superiores, se comunicarán las limitaciones expresadas en los propios estudios. No se entrará a profundizar más en los posibles sesgos que se pudieran haber pasado por alto, pues tales publicaciones ya han pasado por sus revisiones internas y externas (del equipo de estudio y de las revistas científicas que las publican), por lo que han pasado ya por revisiones exhaustivas de profesionales experimentados en la evaluación de la metodología.

2.9. Medidas de resumen.

Se introducen una serie de tablas para facilitar la interpretación de los datos obtenidos en los estudios integrados.

2.11. Métodos de análisis previstos.

Dado que no se trata de un metaanálisis ni se manejarán datos de forma cuantitativa de los que extraer conclusiones, no habrá métodos de análisis.

2.12. Riesgo de sesgo entre los estudios.

La revisión se ha encontrado con ciertas limitaciones al estudiar la literatura. La primera y principal, aunque coherente, es la no distinción entre trastornos emocionales. Como se ha dicho, tiene sentido cuando una de las críticas del PU es la amplitud de categorías diagnósticas, que en la práctica, resultan limitantes. No obstante, a la hora de estudiar la eficacia de la intervención con personas que en su particularidad lo que más les aflige es la evaluación negativa por parte de otros, perdemos muchos datos de interés al no discernirlos de otros trastornos emocionales.

La segunda, es la gran variabilidad entre las publicaciones integradas. No solo por el diseño metodológico (control aleatorizado, caso único, etc.), sino también sobre su foco de atención del PU de formas tan distintas (eficacia del PU, comparación de eficacia del PU e intervenciones específicas de trastornos emocionales validadas empíricamente; aplicación del PU en formato individual, en formato grupal, vía internet; aplicación del PU para ansiedad social, o con variaciones por trastornos comórbidos). Es posible que al incluirse datos de eficacia de estudios tan diferentes, no se pueda matizarse bajo qué contextos o en qué formato el PU resulta más plausible a la hora de intervenir, al comparar sus datos con otros tratamientos.

Por último, dado que se ha focalizado la atención a puntuaciones de pruebas psicométricas y criterios de evaluadores, así como manifestaciones de pacientes, es posible no haber reflejado toda la riqueza de los estudios incluidos en la presente revisión.

3. RESULTADOS

Las publicaciones seleccionadas y que compondrán la revisión fueron estudiadas detenida e individualmente, por lo que se comunicará el tipo de estudio, número de muestra, los datos, sesgos manifestados por los autores y aspectos de interés de cada obra científica sobre la eficacia del PU en ansiedad.

El orden de presentación de las publicaciones será de menor a mayor grado de rigurosidad, por lo que se partirá de estudios de caso, pasando por las publicaciones que estudian diferencias pre-post tratamiento con más muestra, y finalizando con el diseño de ensayo clínico controlado.

En 2017, Bentley presentó una ilustración de caso con la que pretendía investigar la eficacia de dos módulos concretos del PU sobre el NSSI (*Nonsuicidal self-injury disorder*, es decir, trastorno de autolesión no suicida). La participante, de 18 años, presentaba, además de NSSI, múltiples patologías (ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada, como también datos subclínicos de depresión, TEPT y síntomas de trastornos de la alimentación). La participante fue diagnosticada tras aplicársele distintas pruebas, que son el SITBI (*Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*) y el ADIS-5 (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5*), además de comprobar que cumplía criterios para el NSSI en el DSM-5, y que temía y evitaba múltiples situaciones sociales, entre ellas hablar con desconocidos, participar en clase o ser asertiva, manifestando que temía ser juzgada, así como también presentaba una preocupación excesiva e incontrolable sobre tareas diarias, de la escuela, exposiciones y relaciones personales, acompañadas de irritabilidad y problemas de sueño.

Esta persona participó en la aplicación de módulos específicos del PU y su seguimiento en la investigación, demandando al terminarlos que deseaba mayor intervención en PU y terminar los módulos restantes ajenos a dicha investigación. De este modo, se realizaron dos publicaciones con la misma participante, una, que es la que se está escribiendo (con un tratamiento de 16 sesiones), y otra, que se enfoca en la eficacia de dos módulos concretos del PU en esta persona.

Dada la presencia de distintos trastornos emocionales, la aplicación del PU sería recomendada, pues sería lógica la influencia en distintas sintomatologías con un mismo tratamiento. Nos enfocamos sobre todo en la ansiedad social, evaluada a partir del SIAS. La aplicación de esta prueba se realizó en la sesión 5, con una puntuación de 58, en la sesión 12, puntuando 56, y en la sesión 16, puntuando 47. Además del SIAS, también se aplicaron otras pruebas psicométricas (cuyos resultados en la primera y última medición de cada una están en la Tabla 1):

- OASIS: *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*.
- ODSIS: *Overall Depression Severity and Impairment Scale*.
- GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder-7*.

Además, al terminar el tratamiento, se reportan distintos beneficios. La participante no realizó conductas de autolesión en cinco meses (el mayor margen de tiempo entre lesiones en los últimos cuatro años), descendiendo los impulsos en frecuencia e intensidad. Así mismo, la participante también se mostró más receptiva a experimentar sus emociones de forma consciente y con menos juicios, además de responder y modificar estados emocionales negativos de forma no aversiva o evasiva.

El autor menciona que, el formato tradicional del PU, podría no ser el más adecuado con pacientes con conductas autolesivas más graves (terapias de régimen ambulatorio y a corto plazo podrían ser insuficientes). Así mismo, sugiere que podría ser más práctico con pacientes en situaciones no tan graves, o ser complementario a intervenciones más intensas para personas con esta problemática.

En 2015, Bullis et al., realizaron una exploración preliminar (ensayo clínico abierto) del PU en formato grupal, creando dos grupos de tratamiento compuestos por 11 personas con diferentes trastornos emocionales, pasando por una intervención del PU de 12 sesiones semanales, y de 2 horas cada una. Todos los sujetos que compusieron el estudio fueron evaluados con el ADIS-IV-L (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-4: Lifetime Version*). Dado que los datos de eficacia se presentan de forma conjunta, no se disciernen los datos de los sujetos con trastorno de ansiedad social de los de otros con distinta problemática. No obstante, se examina con más detenimiento tres casos concretos, de los que dos tienen diagnosticado el trastorno de ansiedad social, y por tanto, son de nuestro interés. Así, aunque la investigación está conformada por 11 sujetos entre ambos grupos, sólo se abordará, aunque en detalle, dos casos.

El primero (*Caso 1*, en este artículo) es sobre una de las personas que sufrían ansiedad social, aunque también se manifiesta que hay abuso de alcohol. Destacar que esta persona ya había pasado por terapia y uso de fármacos previamente en la universidad por ansiedad. Declara también haber tenido otros problemas de consumo en los últimos 5 años, refiriendo que hubo abuso de marihuana y ansiolíticos, así como dependencia al opio. Esta persona asistió a 9 de 12 sesiones grupales, no habiendo justificado su ausencia solo a la primera sesión. A pesar de esto, otras personas del grupo cooperaron para ayudarle a conocer lo abordado en cada reunión y los objetivos de la misma. Aunque no siempre llevó las tareas para casa a las sesiones, sí se apreciaba que había cumplido con todas las lecturas. Además de las diferencias en puntuaciones en test psicométricos (Tabla 1), se muestran valoraciones del evaluador y participante sobre cambios experimentados y beneficios alcanzados por el

tratamiento, entre ellos desafiar pensamientos distorsionados, menor rumiación y procesamiento tras eventos, mayor aceptación de la ansiedad y mayor participación en actividades sociales.

El segundo (Caso 2, en el artículo) trata sobre una persona cuyo diagnóstico principal es ansiedad generalizada, si bien cumple con comorbilidad de ansiedad social, trastorno de pánico y depresión no específica. No recibió previamente tratamiento farmacológico, pero sí refiere haber ido a psicoterapia para tratar depresión y estrés por una relación sentimental ocho años atrás. Destacar que esta paciente ya recibió tratamiento enfocado únicamente a sus síntomas de pánico, aunque este terminó cuando su terapeuta terminó su etapa en el centro. Tras esto expresó deseo de recibir tratamiento para su preocupación (worry) y ansiedad social. Esta persona asistió a 11 de 12 sesiones, faltando a una sesión por motivos de trabajo. Se apreció un gran compromiso con las tareas para casa. Sin embargo, esta paciente en la terapia de grupo muchas veces se veía cohibida a hablar por temor a juicios negativos por parte de los asistentes. Se apreciaron mejoras, pero en gran medida, a través de los cuestionarios (Tabla 1). La participante expresó como moderada la satisfacción del tratamiento, y tras terminarlo, solicitó recibir intervención para su autoestima y creencias fundamentales.

Las pruebas psicométricas aquí aplicadas fueron las siguientes:

- DASS-ANX: *Depression Anxiety Stress Scale-Anxiety Scale*.
- DASS-DEP: *Depression Anxiety Stress Scale-Depression Scale*.
- DASS-STR: *Depression Anxiety Stress Scale-Stress Scale*.
- PANAS-PA: *Positive and Negative Affect Schedule-Positive Affectivity*.
- PANAS-NA: *Positive and Negative Affect Schedule-Negative Affectivity*.
- ASI: *Anxiety Sensitivity Index*.
- WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*.
- Q-LES-Q: *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*.
- MEAQ: *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire*.

Ellard et al., en 2012, publican una serie de replicaciones de intervención clínica del PU, a personas con trastorno bipolar y trastornos emocionales comórbidos (3 sujetos en total), en 15 sesiones. Mencionar que los tres sujetos se encontraban con medicación en dosis estables. Entre los casos expuestos, hay dos de interés para la revisión. Los participantes de este estudio fueron diagnosticados tras la aplicación de las pruebas psicométricas MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) e ICD-

10 (*International Classification of Diseases*), así como una breve entrevista estructurada del eje 1 del DSM-4.

El Caso 2 (en el artículo), es sobre una persona que sufre trastorno de pánico, apreciando como trastornos comórbidos ansiedad social, trastorno de estrés post-traumático, y dependencia a sustancias. Al entrar en profundidad en el caso, se afirma que también cumple criterios de trastorno bipolar tipo I y trastorno obsesivo-compulsivo. Viene por referencia de su psiquiatra, recibiendo tratamiento farmacológico (150 mg de lamotrigine y 75 mg de sertraline). Ya había pasado por psicoterapia pero no de tipo cognitivo-conductual. Se trata de una persona que lleva lidiando mucho tiempo con problemas de estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de sustancias, que a la hora de consumirlas, sufría pesadillas y aumento de pensamientos suicidas. En los dos últimos años, hubo tres intentos de suicidio, siempre bajo el efecto de las sustancias. Fue criada solo por su madre, que por trabajo, se mudaba con frecuencia, lo que hacía que la participante cambiara de colegio con mucha frecuencia, sufriendo bullying también en muchos de estos contextos. Muchos de los amigos que ha tenido también sufren problemas de abuso de sustancias. Refiere haber sido víctima dos veces de abusos sexuales. Debido a los intentos de suicidio, al inicio, el tratamiento abordó este asunto, buscando los disparadores de los mismos, factores protectores y el diseño de un plan de seguridad.

Esta persona respondió muy bien al tratamiento, como se puede contemplar en las pruebas psicométricas (Tabla 1), y además, manifestó verse con más control sobre sus estados de ánimo al terminar la intervención. La participante retomó sus estudios, uno de los objetivos a conseguir, y ve el futuro de forma mucho más positiva, además de establecer relaciones sólidas que le apoyaban para mantener la abstinencia, hacer deporte y dedicarse al arte. Se planteaba seguir con sesiones quincenales para ayudar a consolidar las habilidades que había adquirido en las 15 sesiones de PU.

En el Caso 3 (en el artículo), además de experimentar trastorno bipolar tipo I, esta persona también cumple con criterios clínicos de ansiedad social, ansiedad generalizada y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Destacar que este paciente, si bien al principio sintió mejoría en las primeras fases del tratamiento, experimentó durante la aplicación del módulo 10, dos estresores severos, que afectaron a su estado anímico, por lo que las sesiones siguientes fueron orientadas a manejar el dolor y problemas por los que estaba pasando. Esto desembocó en no presentarse a algunas de las sesiones siguientes y a la no estabilización de sus síntomas en el módulo 15. Sin embargo, el participante expresó que se sentía

beneficiado por la intervención y que estaba interesado en seguir con las terapias cognitivo conductuales. No obstante, en las puntuaciones de las pruebas estandarizadas, no hubo una diferencia significativa (a excepción del BDI, que descendió de 22 puntos en la línea base, a 14 en el post-tratamiento), como se aprecia en la Tabla 1.

Las pruebas psicométricas aquí aplicadas fueron:

- BDI: *Beck Depression Inventory*.
- BAI: *Beck Anxiety Inventory*.
- HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*.
- MADRS: *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*.
- YMRS: *Young Mania Rating Scale*.
- CGI-S: *Clinical Global Impression Severity Scale*.
- CGI-I: *Clinical Global Impression Improvement Scale*.

Tabla 1. Puntuaciones en pruebas psicométricas (en sujetos individuales).

Estudio	Caso	Prueba psicométrica	Primera medición de puntajes	Última medición de puntajes	Declaraciones positivas sobre el PU
Bentley, 2017	Caso único	OASIS ODSIS SIAS GAD-7	6 4 58 14	7 3 47 10	Sí
Bullis et al., 2015	Caso 1	DASS-ANX DASS-DEP DASS-STR PANAS-PA PANAS-NA ASI WSAS Q-LES-Q MEAQ – <i>Behavioural avoidance</i> – <i>Distress aversion</i> – <i>Procrastination</i> – <i>Distraction and Supression</i> – <i>Repression and Denial</i> – <i>Distress endurance</i> – <i>Total</i>	3 10 6 15 25 18 14 54 46 60 39 28 39 41 248	1 0 0 33 13 2 2 73 19 25 19 12 20 56 116	Sí

	Caso 2	DASS-ANX DASS-DEP DASS-STR PANAS-PA PANAS-NA ASI WSAS Q-LES-Q MEAQ – <i>Behavioural avoidance</i> – <i>Distress aversion</i> – <i>Procrastination</i> – <i>Distraction and Supression</i> – <i>Repression and Denial</i> – <i>Distress endurance</i> – <i>Total</i>	14 11 23 22 30 40 28 39 46 57 25 24 43 37 235	12 9 20 32 22 30 21 59 38 40 24 22 25 50 176	No
Ellard et al., 2012	Caso 2	BDI BAI HAM-D MADRS YMRS CGI-S CGI-I	50 50 22 31 14 5 -	0 15 6 3 2 3 1	Sí
	Caso 3	BDI BAI HAM-D MADRS YMRS CGI-S CGI-I	22 19 16 18 3 3 -	14 18 17 18 2 4 3	Sí

Nota: Datos extraídos de Bentley, 2017; Bullis et al., 2015; Ellard et al., 2012.

En 2017, Wurm et al., en un estudio con diseño experimental de caso único, replicado en 5 participantes, en el que se aplicó el PU vía internet con soporte telefónico a personas con dolor y trastornos emocionales comórbidos. Para obtener muestra, se enviaron cartas desde tres clínicas de dolor y cinco centros de atención primaria a pacientes de rehabilitación (N=600), y se puso un anuncio en la página web de una universidad. Aparecieron 53 personas interesadas. Sin embargo, debido a criterios de inclusión y de exclusión, así como a pérdida de muestra y otras variables, únicamente se pudo contar con 5 sujetos. Al realizar el cribado de posibles participantes en el estudio, se aplicaron distintas pruebas para comprobar si se cumplían ciertos criterios

de inclusión, el (*Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*) (para el dolor crónico), y el MADRS-S (*Montgomery Åsberg Depression Rating Scale*) y OASIS (para síntomas de depresión y/o ansiedad). Destacar que entre los criterios de exclusión estaba la "depresión severa" (>36 en el MADRS-S), la ideación suicida, abuso de alcohol o sustancias y/o psicosis, medidos con el MINI.

Una de las participantes (la número 3, en el estudio), cuenta con diagnóstico de ansiedad social, ansiedad generalizada y distimia. Semanalmente se evalúa a los sujetos a partir del ODSIS, el OASIS, y el ÖMPSQ. Así, se presenta en la publicación, además de las puntuaciones en tales pruebas a lo largo de las semanas, un NAP (*Nonoverlap of Allpairs*, es decir, no solapamiento de todos los pares). En la Tabla 2 se presenta un resumen de la media de las puntuaciones en línea base y en el tratamiento, además del NAP de la participante.

Tabla 2.

	Línea base (Puntuación media y desviación típica)	Tratamiento (Puntuación media y desviación típica)	NAP (Nonoverlap of All Pairs)
OASIS	7'8 (1'3)	7'2 (1'5)	0'69 (p<0'05)
ODSIS	10'6 (0'9)	7'8 (2'2)	0'86 (p<0'001)
ÖMPSQ	5'8 (0'7)	6'5 (0'7)	0'23 (p<0'05)

Nota. Datos extraído de Wurm et al., 2017.

En una investigación preliminar de Laposa, Mancuso, Abraham y Loli-Dano en 2017, aplican el PU en formato grupal (de 8 a 10 personas) durante 14 semanas, con sesiones de dos horas, a 26 sujetos, que fueron evaluados por psiquiatras a través de entrevistas no estructuradas y autoinformes, de los que el 81% cumple con el corte clínico de las pruebas aplicadas para medir sintomatología del trastorno de ansiedad social (es decir, 21'08 \approx 21). Se aplicó a todos los participantes las siguientes pruebas antes y después de recibir el tratamiento:

- DASS: *Depression Anxiety Stress Scale 21*.
- SIAS: *Social Interaction Anxiety Scale*.
- PSWQ: *Penn State Worry Questionary*.
- PDSS-SR: *Panic Disorder Severity Scale-Self Report*.
- QUIDS-SR: *Quick Inventory of Depression Symptoms-Self Report*.
- PANAS: *Positive and Negative Affect Scale*.

Los sujetos se extrajeron de una clínica ambulatoria psiquiátrica para adultos con problemas de depresión y ansiedad. En lugar de evaluar la eficacia según trastorno,

evaluaron su eficacia de forma global entre los sujetos. Para medir la eficacia en síntomas del trastorno de ansiedad social, nos fijaremos en el SIAS (Tabla 3).

Tabla 3.

	Pre-tratamiento (Puntuación y desviación típica)	Post-tratamiento (Puntuación y desviación típica)	<i>d</i> de Cohen
SIAS	46'69 (17'99)	42'00 (14'44)	0'29
DASS-A	11'46 (4'89)	6'81 (3'92)	1'05
PSWQ	68'0 (6'96)	59'27 (11'77)	0'90
PDSSR	12'65 (5'59)	6'04 (4'83)	1'27
QIDS	14'21 (4'69)	10'69 (4'79)	0'74
PANAS-pos	22'98 (7'38)	27'35 (6'90)	0'61
PANAS-neg	2'32 (7'77)	26'22 (8'53)	0'75

Nota: Datos extraídos de Laposa et al., 2017.

Se aprecia pues una reducción en la sintomatología de ansiedad social, y se vincula un tamaño del efecto pequeño entre el PU y la puntuación en el SIAS. Destacar que el tamaño del efecto en el SIAS es menor que en las pruebas específicas para cada trastorno emocional.

Los autores exponen como sesgos de su estudio el haber incluido solo tres trastornos emocionales dentro de todos los que puede abarcar el PU, no estudiar las diferencias con un grupo control, tener una muestra reducida, la no realización de entrevistas estructuradas, y no haber realizado un seguimiento.

En el año 2013, Boswell et al., elaboraron un estudio compuesto por dos ensayos de tratamiento del PU consecutivos sobre la sensibilidad a la ansiedad y la exposición interoceptiva en personas con distintos trastornos emocionales. La muestra la componían personas con distintas patologías (54 sujetos en total), entre ellas, el trastorno de ansiedad social (12 con tal diagnóstico como principal, y 18 que lo padecen como comórbido). Dicha muestra se extrajo de un centro de salud mental de trastornos de ansiedad y el estado de ánimo. Destacar que algunos de los sujetos de esta publicación fueron participantes en el estudio de Farchione et al., 2012 (no se especifica cuántos), incluido más adelante. Para medir la evolución en la exposición interoceptiva, se aplica el ASI, apreciándose un descenso notable en las puntuaciones pre-post tratamiento en el trastorno de ansiedad social, pasando de una puntuación media al inicio de la línea base de 31'08, a 20 (aprox.) al finalizar el tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4.

	Puntuación media de sujetos al inicio de línea base.	Puntuación media de sujetos al finalizar el tratamiento.
ASI	31'08	20 (aprox.)

Nota. Datos extraídos de Boswell et al., 2013.

Los autores manifiestan una serie de limitaciones. La primera, el pequeño tamaño de muestra, a pesar de sumar dos intervenciones. Segunda, la gran proporción de homogeneidad étnica, lo cual dificulta la generalización. Tercera, si bien uno de los objetivos era comprobar la relación directa de la exposición interoceptiva sobre la sensibilidad a la ansiedad, esta no puede atribuirse en su totalidad, pues aprendizajes de otros módulos pueden haber influido y beneficiado también (no obstante, este aspecto no resta eficacia al PU en ansiedad social, objeto de esta revisión).

En 2012, Farchione et al., publican un estudio de control aleatorizado, con una muestra de 26 participantes en un grupo que recibiría tratamiento del PU (18 sesiones y un seguimiento de 6 meses), y otros 11 que se asignarían a una lista de espera (16 semanas). Todos los participantes (37 en total) fueron extraídos de el CARD (Center of Anxiety and Related Disorders) de la Universidad de Boston. Uno de los criterios de inclusión era tener un diagnóstico principal de algún trastorno de ansiedad, lo cual fue contrastado con el ADIS-IV-L. Los resultados incluyen la eficacia en el trastorno de ansiedad social (8 sujetos dentro del estudio), sin embargo, hay que destacar que los instrumentos empleados para medir los tamaños del efecto (ADIS-IV-L y específicos para cada trastorno), no muestran resultados tan optimistas respecto al trastorno de ansiedad social como en otros trastornos estudiados, pues el SIAS mostró diferencias más moderadas en el tamaño del efecto pre-post tratamiento, así como en pre-tratamiento y seguimiento. Sin embargo, en la prueba ADIS-IV-L aplicada a estos pacientes sí hay una diferencia en el tamaño del efecto mucho mayor, equiparándose a los resultados de otros trastornos emocionales en la misma escala (Tabla 5). Además del ADIS-IV-L y el SIAS, también se aplicaron las siguientes pruebas:

- PSWQ: *Penn State Worry Questionnaire*.
- PDSS: *Panic Disorder Severity Scale*.
- Y-BOCS: *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*.

Tabla 5.

	Pre-tratamiento (Puntuación media y desviación típica)	Post-tratamiento (Puntuación media y desviación típica)	Follow Up (Puntuación media y desviación típica)	Pre-Post (ESsg)	Pre-FU (ESsg)	Post-FU (ESsg)
ADIS-IV-L (Trastorno de ansiedad social)	5'00 (0'00)*	3'80 (0'75)	3'40 (0'80)	1'60	2'00	'48
SIAS (Trastorno de ansiedad social)	41'88 (14'52)	33'78 (16'82)	35'69 (9'62)	'49	'46	-'11
ADIS-IV-L (Trastorno de ansiedad Generalizada)	5'50(0'46)	3'33 (1'97)	2'67 (2'07)	1'44	1'39	'33
PSWQ (Trastorno de ansiedad Generalizada)	70'86 (4'76)	50'43 (15'38)	57'31 (14'70)	1'42	1'01	-'46
ADIS-IV-L (Trastorno de pánico con agorafobia)	5'14 (1'12)	3'04 (1'74)	2'14 (1'12)	1'43	2'67	'44
PDSS (Trastorno de pánico con agorafobia)	12'86 (5'03)	4'16 (4'07)	2'14 (2'64)	1'91	2'70	'39
ADIS-IV-L (Trastorno obsesivo-compulsivo)	5'38 (0'99)	3'50 (1'41)	2'17 (1'73)	1'51	2'15	'83
Y-BOCS (Trastorno obsesivo-compulsivo)	18'75 (5'97)	13'25 (7'15)	10'08 (6'15)	'83	1'43	'44

Nota*: Todos los sujetos tenían la misma CSR (*Clinical Severity Rating*) en el pre-tratamiento, por lo que para calcular el tamaño del efecto se empleó la desviación típica del post-tratamiento y seguimiento (*Follow Up*). ESsg: *Standardized Mean Gaineffectsize* (Tamaños del Efecto de Ganancia Media Estandarizada). Datos extraídos de Farchione et al., 2012.

Respecto a las limitaciones de este estudio, según sostienen los autores, se deben considerar: uno, la poca muestra con la que contaban; dos, no se evaluaron sistemáticamente los índices de severidad aportados por los terapeutas ni la aplicación rigurosa del tratamiento por parte de estos, si bien se siguió semanalmente su desempeño; y finalmente, no se comparó los efectos del PU con ningún otro

tratamiento, por lo que no se puede discernir su eficacia de la de otros tratamientos alternativos con rigurosidad, ni explicar los efectos de factores comunes, como podría ser la relación terapéutica.

Farchione et al., en 2018, elaboraron un estudio de ensayo clínico que comparaba la eficacia del PU en comparación a protocolos específicos de trastornos emocionales, con un total de 179 participantes, todos antiguos participantes de un estudio (Barlow et al., 2017) no integrado en la presente revisión, en el que recibieron psicoterapia del PU o protocolos de trastornos individuales, y evaluados a partir del ADIS-5 y pruebas psicométricas específicas de cada trastorno aquí estudiado, que son las siguientes:

- PDSS: *Panic Disorder Severity Scale*.
- LSAS: *Liebowitz Social Anxiety Scale*.
- GADSS: *Generalized Anxiety Disorder Severity Scale*.
- Y-BOCS-II: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Interview- 2nd edition.
- SIGHT-D: *Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale*.

Se aprecia mejoría en el tratamiento del trastorno de ansiedad social en los 48 sujetos con esta categoría diagnóstica, enfocándonos en el LSAS, apreciándose una mejoría entre pequeña y moderada, si bien no se aprecian diferencias significativas entre el PU y el tratamiento específico (Tabla 6). Destacar que en este mismo estudio, se presentaron resultados de eficacia de los protocolos de trastornos específicos en los que mostraban que su aplicación también reducía la sintomatología comórbida de forma similar al PU, lo cual puede deberse a bases teóricas o técnicas comunes entre estas intervenciones y que trabajaran con la misma base subyacente.

Tabla 6.

Línea base a Post-tratamiento						
	PU			Protocolos de trastornos específicos		
	ES	SE	95% CI	ES	SE	95% CI
LSAS fear	-1'33	0'33	-1'98; 0'67	-1'60	0'47	-2'53; -0'67
LSAS avoidance	-0'86	0'30	-1'45; -0'27	-1'54	0'49	-2'50; -0'59
Línea base a Seguimiento (12 meses)						
LSAS fear	-1'63	0'39	-2'39; -0'88	-1'42	0'43	-2.27; -0'57
LSAS avoidance	-1'06	0'32	-1'70; -0'43	-1'59	0'47	-2'51; -0'66

Nota: ES: *Standardized Mean Gain effect size* (Tamaños del Efecto de Ganancia Media Estandarizada). SE: *Standard Error* (Error estándar). 95% CI: Intervalo de confianza del 95%. Datos extraídos de Steele et al., 2018.

Destacar que los autores reconocen ciertas limitaciones en el estudio, que son el posible sesgo de la muestra (alto nivel educativo y menor depresión en comparación a otras muestras de participantes). Además, la muestra resultó pequeña al eliminar los diagnósticos principales, que limitó algunas comparaciones entre grupos.

En un estudio de control aleatorizado en 2018, Tulbure, Rusu, Sava, Salagean y Farchione, elaboran una intervención vía web basada en el PU, atendiendo a usuarios con diferentes trastornos emocionales, que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento activo de 10 semanas (N=69) o lista de espera de 10 semanas (N=36). La captación de sujetos fue a través de un anuncio en medios locales y nacionales por la Universidad del Oeste de Timisoara, de modo que los interesados podrían registrarse y cumplimentar una serie de medidas de autoinforme en línea para pasar al proceso de selección, por lo que aquellos que superaran el punto de corte de síntomas clínicos, serían contactados telefónicamente. Estas pruebas de cribado fueron las siguientes:

- BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*.
- PSWQ: *Penn State Worry Questionnaire*.
- SPIN: *Social Phobia Inventory*.
- Y-BOCS: *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*.
- PDSS-SR: *Panic Disorder Severity Scale-Self Report*.
- PCL-5: *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*.

Todos los participantes fueron evaluados para su integración en el estudio a través de una entrevista estructurada, la SCID-I (Structural Clinical Interview for DSM-4 - Axis I), realizada por teléfono. Si se cumplieran criterios diagnósticos para al menos un trastorno afectivo o de ansiedad, recibirían una invitación a la participación vía mail. En el caso del trastorno de ansiedad social (de la que acabaron la intervención y seguimiento 36 sujetos), se aprecian resultados positivos. Según muestra el SPIN (*Social Phobia Inventory*), las puntuaciones considerando la varianza observada pasan del 35'15 en la línea base a 27'76 en el post-tratamiento, así como 24'00 en el seguimiento, si bien la varianza estimada muestra puntuaciones ligeramente diferentes (36'32 en la línea base, 27'34 en el post-tratamiento y 21'99 en el seguimiento) (Tabla 7).

Tabla 7. Puntuaciones medias estimadas y error estándar de media de la prueba SPIN.

	Línea base	Post-tratamiento	Seguimiento
Grupo Tratamiento (PU)	36'32 (2'02)	27'34 (2'16)	21'99 (1'75)
Grupo Control	39'71 (2'80)	36'60(2'96)	N/A

Nota. Datos extraídos de Tulbure et al., 2018.

Los autores manifiestan haberse visto limitados respecto a la alta tasa de pacientes con comorbilidad de trastornos emocionales, pues dificulta estudiar la eficacia del PU con cada trastorno. También afirman que no incluyeron 11 personas en el estudio por presentar síntomas complejos, para los que no consideraban adecuado una intervención vía web. Además, sostienen que solo la mitad de los participantes del grupo de tratamiento completaron los cuestionarios de seguimiento, lo cual puede producir un sesgo de sobreestimación de eficacia contra los trastornos.

4. DISCUSIÓN

Los estudios que componen la presente revisión, si bien dificultan la posibilidad de concretar la eficacia del PU en ansiedad social en cada uno de sus formatos (pues eran diferentes entre casi todas las publicación aquí recogidas), sí se puede comprobar de forma individual en cada estudio que los resultados son positivos.

Los estudios con mayor muestra presentan datos consistentes sobre la eficacia del PU en la ansiedad social. Sin embargo, no son tan frecuentes los estudios que comparan su eficacia con tratamientos específicos para cada trastorno emocional. Sí se ha integrado uno que cumplía con criterios de inclusión (Steele et al., 2018), y que ha mostrado una eficacia equivalente del PU con intervenciones específicas empíricamente validadas para trastornos emocionales. A pesar de estos datos, no se puede concluir, pues no hay más publicaciones en esta revisión que así lo sostengan. No obstante, a la hora de estudiar la literatura, sí se han hallado estudios que comparaban estas tasas de eficacia entre el PU y tratamientos concretos (por ej: Barlow et al., 2017; y Casiello-Robins et al., 2018). No se han integrado en la revisión por no poder discernir los datos de ansiedad social de los globales, pero sí se puede afirmar que hay literatura que aborda esta cuestión.

Retomando los estudios que se enfocaron la eficacia del PU y que fueron integrados en la revisión, los datos son positivos e indican buena respuesta por parte de los

sujetos. Sin embargo, los datos no son siempre ideales, pues en dos de las publicaciones recogidas, se contempla que la ansiedad social no es la categoría diagnóstica más beneficiada dentro de los trastornos emocionales que componen a las mismas (Laposa et al., 2017; Farchione et al., 2012), así como uno de los casos individuales estudiados, no mostro tanto beneficio, si bien aparecieron dos estresores a tener en cuenta durante la intervención (Ellard et al., 2012).

Si bien los estudios que aportaron datos sobre conjuntos de sujetos son más fáciles de generalizar, son más ricos aquellos que abordan casos concretos, no solo por considerar los trastornos comórbidos (y por tanto, siendo más consistente la idea de aplicar el PU e intervenir sobre ellos de forma paralela), sino también porque se aportan diferencias de forma más concreta en puntuaciones de distintas pruebas psicométricas, así como permitir añadir el criterio del evaluador o terapeuta y manifestaciones de las personas que pasaron por el tratamiento. En tales estudios aquí recogidos, o casos abordados dentro de publicaciones, se aprecian beneficios en todos los casos, no solo en pruebas estandarizadas, sino también en las manifestaciones concretas de cada sujeto/paciente o su evaluador/terapeuta. Ha de reconocerse que uno de los casos aquí expuestos no se vio tan beneficiada como cabría desear, si bien es cierto que se trataba de un caso con autolesiones, y como se manifestó en las limitaciones del estudio, de ser más grave, posiblemente requiriera de una intervención distinta al PU (Bentley, 2017). Aunque los datos son más precisos, no se ha de negar que tienen sus limitaciones, pues como se dijo, no son tan fáciles de generalizar.

Los datos recogidos a lo largo de este trabajo, señalan que no es escasa la tasa de personas que cumplen criterios diagnósticos de más de un trastorno emocional, y por tanto, los terapeutas, a nivel práctico, se estarían enfrentando a dos o más categorías diagnósticas durante su ejercicio profesional. Hasta hace poco, las intervenciones de cada terapeuta se enfocaban en cada una de estas categorías y a su sintomatología, sin trabajar los problemas subyacentes. Se evidencia un problema, pues las intervenciones en estos casos se hacen largas, dado que los tratamientos se aplican uno tras otro, trabajando un trastorno y postergando el tratamiento de otros. No olvidar que cada uno de estos tratamientos requiere de un entrenamiento y una experiencia difícil de obtener, y por tanto, se requiere un gran esfuerzo para aplicar cada intervención concreta. La situación, pues, es de una gran tasa de personas con problemas emocionales, cuyo tratamiento es largo (dos o más intervenciones psicológicas en serie) y costoso para paciente (a nivel personal, y a veces económico), terapeuta (por tiempo invertido en su formación para aplicar cada intervenciones), y

según el contexto, del estado (a nivel económico, por colapso de servicios sanitarios, y por la falta de ingresos al estado debido a bajas laborales por cuestiones de salud en población activa).

Una posible solución, con los datos obtenidos, si bien es cierto que se requiere de más literatura para afirmarlo de forma contundente, sería la aplicación del PU, que al trabajar sobre los factores subyacentes comunes entre categorías diagnósticas, los tratamientos serían más breves, pues se trabajaría sobre trastornos de forma paralela, sin necesitar realizar más intervenciones al terminar la aplicación del PU. Además, durante los módulos se pretende lograr la obtención de habilidades de regulación emocional, lo cual ayudaría a prevenir futuras recaídas. No olvidar que al tratarse de una única intervención, el terapeuta no necesitará dedicar tanto tiempo a especializarse en otras intervenciones específicas de trastornos emocionales, reduciendo así su carga de formación.

Es una pena no haber podido incluir más publicaciones que distinguieran la eficacia del PU de la de tales tratamientos específicos, sin embargo, el objetivo era comprobar la eficacia en una categoría diagnóstica concreta, por lo que, ahora que se han podido contemplar los datos de forma ordenada, de comprobarse que los beneficios del PU son al menos equivalentes al de otras intervenciones, a la hora de intervenir en un trastorno de ansiedad social, las virtudes de la intervención aquí estudiada sobre el clínico (necesidad de formarse en un solo tratamiento), y las que acompañan si hubiera trastornos comórbidos (intervención simultánea sobre los mismos, reduciendo la duración del tratamiento global), ponen al PU en una posición ventajosa sobre el resto de intervenciones en la práctica clínica.

5. LIMITACIONES

La primera limitación a señalar es la carencia de aspectos necesarios para entender de forma estricta, a esta revisión como sistemática. De haber otro juez o evaluador durante la revisión, y elaborar la revisión con todos los ítems de la guía PRISMA como la misma señala, a este trabajo podría atribuírsele tal diseño.

Teniendo en cuenta las limitaciones manifestadas de cada estudio, la primera a destacar es la imposibilidad de discernir la eficacia del PU a efectos ajenos al mismo que pudieran ser responsables de parte de su mérito (relación terapéutica, efecto placebo, etc.). Esto podría lograrse comparando la eficacia del PU con otras intervenciones específicas en trastornos emocionales, con lo que se anularían tales

efectos, pero solo se cuenta con un estudio, y por tanto, se ha de informar con cautela. Los propios criterios de inclusión y exclusión, aunque necesarios para abordar sin contaminación los beneficios en la ansiedad social, han impedido tal hecho.

En total, el estudio cuenta con 178 sujetos, aunque con ansiedad social, como primer trastorno o como comórbido, se reduce a 143 (recordar que en estudio de Boswel et al., 2013 y Farchione et al., 2012, tienen algunos sujetos comunes, aunque no se informa de cuántos concretamente). Considerando la clase de estudio del que se trata, lo cierto es que no se cuenta en la revisión con una gran muestra.

Por otra parte, los casos concretos expuestos en líneas anteriores, si bien aportan datos de interés para el presente trabajo, no son fáciles de generalizar, pues son intervenciones individualizadas sobre personas con sus propias características.

Otra limitación a valorar, es las limitaciones propias de cada estudio, que pueden haber sesgado los datos con los que se ha trabajado a lo largo de estas páginas.

Considerar que la elección de datos con los que trabajar ha sido muy selectiva, por lo que puede haberse ignorado información relacionada con el objeto de estudio.

6. CONCLUSIONES

Las intervenciones basadas en el PU sobre la categoría diagnóstica de trastorno de ansiedad social, se muestran efectivas, si bien se ha de tener en cuenta que la revisión, por sus propios criterios de selección, limita compara la eficacia del PU a otros tratamientos empíricamente validados con los que compararse de forma más rigurosa, por lo que tampoco se puede discernir la eficacia del tratamiento a aspectos ajenos al mismo que puedan beneficiarlo (relación terapéutica, efecto placebo, etc.).

Así mismo, a la hora de contemplar casos concretos, se evidencia que el PU logra mejoras en todas las categorías diagnósticas en las que el participante cumple criterios diagnósticos, mostrando, aunque a pequeña escala y con dificultades para generalizar, que se trata de una intervención flexible que permite la intervención personalizada y en distintos trastornos al mismo tiempo, logrando beneficios en todas las áreas afectadas por los trastornos emocionales.

Como líneas futuras, podría manejarse la inclusión de otras publicaciones que ayuden a evitar dos de las limitaciones ya expuestas (comprobar sin sesgos la eficacia del PU, sea en ansiedad social o en otro trastorno emocional, y sumar muestra). Así mismo, si

se evidenciaran datos suficientes para la elaboración de un metaanálisis con los que aportar datos cuantitativos más exactos, podría tener un gran peso entre los estudios sobre el PU.

7. FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación de ninguna entidad para la elaboración de este trabajo en concreto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Text Revisioned*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C., 2017. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 74(9), 875-884.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., y otros. (2019). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. (J. Osma, & E. Crespo, Trads.) Madrid: Alianza Editorial.

Bentley, K. H. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of clinical psychology*, 73(5), 547-558.

Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Cognitive behaviour therapy: Science and practice series. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (p. 1–20). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198529163.003.0001>

Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy*, 44(3), 417-431.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256-271.

Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.

Cassielo-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Wilner, J. G., Bentley, K. H., Conklin, L. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2018). A preliminary examination of the effects of transdiagnostic versus single diagnosis protocols on anger during the treatment of anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(7), 549-554.

Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., & Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: a clinical replication series. *Behavior modification*, 36(4), 482-508.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.

Gimeno López, S., & Osma López, J. (2014). *Protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales: revisión teórica* (Trabajo de grado). Universidad de Zaragoza, Teruel, España.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451

Helgadóttir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2014). A standalone Internet cognitive behavior therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CBTpsych. *Journal of Fluency Disorders*, 41, 47-54.

Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior modification*, 41(2), 253-268.

- Ruscio, A.M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *PsycholMed*, 38(1), 15-28.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 185-203.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216.
- Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N., & Farchione, T. J. (2018). A web-based transdiagnostic intervention for affective and mood disorders: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 5(2), 1-25.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84-100.
- Wurm, M., Strandberg, E. K., Lorenz, C., Tillfors, M., Buhrman, M., Holländare, F., & Boersma, K. (2017). Internet delivered transdiagnostic treatment with telephone support for pain patients with emotional comorbidity: a replicated single case study. *Internet interventions*, 10, 54-64.

ANEXOS.

Anexo 1. *Criterios clínicos de la ansiedad social en el DSM-5.*

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Anexo 2. Imagen extraída de Moher et al., 2009.

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparators, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

Anexo 3. Imagen extraída de Moher et al., 2009.

